

Cas chirurgie février 2016

‘Bonjour l’équipe médicale le week-end’Péritonite postopératoire par désunion d’une anastomose colo-rectale. Absence de prise en charge. Décès.

ANALYSE

BARRIERES DE PREVENTION	BARRIÈRE RESPECTÉE DANS LE CAS ANALYSÉ	Contribution relative
<i>Indication opératoire justifiée</i>	<i>OUI</i>	
<i>Préparation colique préopératoire</i>	<i>Non documentée. Mais « Quelle que soit la technique, la préparation colique mécanique préopératoire n'est plus recommandée (références 1,2)</i>	
<i>Equilibrage du diabète avant l'intervention et maintien d'une glycémie inférieure à 2g/l pendant la période péri-opératoire (référence 2)</i>	<i>NON, - aucune directive donnée par l'équipe chirurgicale, et notamment par les anesthésistes -Absence de consultation auprès d'un médecin qualifié La veille de l'intervention, glycémie à 4,30 g/L</i>	<i>Aggravation du risque infectieux</i>
<i>Antibioprophylaxie conforme aux recommandations (référence 3)</i>	<i>Non documentée</i>	<i>?</i>
<i>-Voie d'abord conforme aux recommandations (coelioscopie avec possibilité de conversion en laparotomie) (référence 4)</i>	<i>OUI « Chez le cirrhotique, la coelioscopie est la voie d'abord à discuter en première intention » (référence 5, point fort)</i>	
<i>Technique opératoire conforme aux recommandations (référence 6 –Bretagnol-, référence 7)</i>	<i>A priori OUI Mais désinsertion précoce de la colostomie transverse latérale sur baguette</i>	<i>Rôle favorisant (?) sur la désunion anastomotique</i>
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Concertation de l'opérateur avec le chirurgien et/ou l'anesthésiste de garde, au sujet du patient, le samedi matin, avant le début de leur garde</i>	<i>NON, et ce malgré la survenue d'un épisode septicémique chez le patient la veille</i>	<i>Important</i>

Rappel de la nécessité d'une réintervention rapide au personnel médical et infirmier de garde, en cas de complication septique grave (type, choc septique) (références 6-Parc)	NON	Majeur
Absence de délai, le dimanche matin, entre l'apparition des premiers symptômes de désunion anastomotique (douleur du flanc droit, pic fébrile,...) et l'appel de l'anesthésiste de garde par l'infirmière du patient	OUI, Mais l'anesthésiste n'était joint qu'après plusieurs tentatives et, en outre,... refusait de se déplacer	
Prescriptions postopératoires centrées sur les signes (notamment infectieux) faisant craindre la survenue d'une désunion anastomotique, en raison de sa fréquence (5 à 10 %) et de sa gravité (30 % de mortalité) (référence 8)	A priori NON,	Important
BARRIERE D'ATTENUATION		
Lundi 12 août, matin, Réintervention d'urgence , éventuellement précédée d'un TDM abdominal et sous couverture antibiotique Avec transfert en réanimation (s'il y a lieu, au CHU en fonction de l'état du patient à la sortie du bloc opératoire)	NON, aucune prescription d'examen complémentaire ou de traitement ou de réintervention	Majeur (pronostic vital sérieusement compromis) Décès dans la nuit du 14 au 15 août

Références

- 1) https://www.google.fr/?gws_rd=ssl#q=helene+beloeil+r%C3%A9habilitation+postop%C3%A9ratoire
- 2) http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_gestion-pre-operatoire-du-risque-infectieux-2004/SF2H_risque-infectieux_long_2004.pdf
- 3) http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfar/2010_Antibioprophylaxie_SFAR_V2.pdf
- 4) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_colectomies_par_coelioscopie.pdf

5) <http://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2010-paris/chirurgie-digestive-chez-le-cirrhotique-2/>

6) http://www.chirurgie-viscerale.org/rc/org/chirurgie-viscerale/htm/Article/2012/20120216-155341-330/src/htm_fullText/fr/FCC12%20mise%20en%20page.pdf

7) <http://www.chirurgie-viscerale.org/main/formationcontinue/mise-au-point/1-chirurgie-viscerale-et-digestive/c-colon/Technique-colectomies-sous-c%C5%93lioscopie-pour-cancer/article.phtml?id=rc/org/chirurgie-viscerale/htm/Article/2008/mie-20080529-173628-11747>

8) <http://www.chirurgie-viscerale.fr/GeneratePDF.do?url=http://www.chirurgie-viscerale.fr/main/formationcontinue/mise-au-point/1-chirurgie-viscerale-et-digestive/g-grele/Fistule-intestinale-post-op%C3%A9atoire/article.phtml?id%3Drc/org/chirurgie-viscerale/htm/Article/2008/mie-20080529-173642-11887>

9) http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110819-082048-438/src/htm_fullText/fr/20110520-JCC-TexteCourtConfCons_SF.pdf

10) <http://www.sfar.org/accueil/article/661/antibiotherapie-probabiliste-en-reanimation#top>

11) <http://www.sfar.org/article/87/antibiotherapie-probabiliste-des-etats-septiques-graves-ce-2004>

ANALYSE DETAILLEE

Causes profondes

Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	<i>Un seul chirurgien de garde le week-end pour 2 hôpitaux distants de 29 km</i>	<i>Importante</i>
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>-Absence d'organisation et de protocoles concernant la prise en charge des urgences chirurgicales "internes", notamment: -modalités d'appel du chirurgien de garde ? lorsqu'il n'est pas sur place (par qui ?) -absence de visite systématique des opérés le dimanche, -Nécessité d'un protocole établi en concertation avec l'ensemble des chirurgiens, des anesthésistes et des médecins assurant des gardes dans les deux établissements, cosignés par eux</i>	<i>Majeure</i>

	<i>et les directions des deux établissements</i>	
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<p>1)-possibilité d'accès aux examens TDM sur les deux sites le week-end ? -ou nécessité de transport du malade sur le site de garde ? -ou absence d'accès ?</p> <p>2) possibilité d'accès aux deux blocs opératoires, le week-end -ou nécessité d'un transfert sur le site où le chirurgien est de garde Toute nécessité d'un transfert sur l'autre site, comporte un risque d'aggravation du patient, notamment en cas d'état de choc Le protocole concernant les gardes devrait prévoir les cas où un transfert direct sur le CHU organisé par le SAMU serait préférable</p> <p>3) faits se déroulant dans une période de congés annuels, mais pas de notion d'un manque d'effectifs</p>	?
Equipe (communication, supervision, formation)	<p>Absence totale de communication, de supervision et de formation de l'équipe de garde :</p> <p>-l'anesthésiste refuse de se déplacer sur appel des infirmières puis de l'urgentiste -l'urgentiste appelle le chirurgien du patient (non d'astreinte) mais n'appelle pas le chirurgien de garde - le chirurgien de garde ne prend pas contact, apparemment, au cours du week-end, ni avec l'anesthésiste, ni avec l'urgentiste ou les infirmières du service de chirurgie du site où est hospitalisé le patient, pour s'enquérir d'éventuels problèmes</p>	Majeure +++

Individus (compétences individuelles)	<u>Anesthésiste de garde</u> -Comportement très désinvolte, et peu éthique, vulnérabilité juridique évidente <u>Chirurgien opérateur</u> -N'a pas pris contact le samedi matin avec le chirurgien de garde alors que la veille, 2 accès fébriles dont l'un de type septicémique étaient survenus chez son patient laissant craindre une désunion anastomotique - N'a pas reconnu (ou n'a pas voulu reconnaître) la gravité du patient le lundi matin et la nécessité d'une réintervention immédiate -S'est ensuite retranché derrière la gravité du patient (dont il était ,en partie, responsable), pour ne pas le réopérer	Majeure +++
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	Voir les paragraphes : -Organisation - Environnement du travail	Majeure
Patients (comportements, gravité)	- <i>Antécédents médicaux nombreux et majeurs : cirrhose, diabète, HTA,...</i>	<i>Important d'autant plus que les pathologies accessibles au traitement (diabète notamment) n'ont pas été prises en charge par l'équipe chirurgicale</i>